

REUNIÓN DE LA COMISIÓN MIXTA SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD- FUNDACIÓN  
JIMÉNEZ DÍAZ-UTE

REUNIÓN DE 27 DE JUNIO DE 2012

Acta nº 1

**ASISTENTES**

**Por el Servicio Madrileño de Salud:**

D<sup>a</sup> Patricia Flores Cerdán.- Viceconsejera de Asistencia Sanitaria.  
D. Antonio Burgueño Carbonell.- Director General de Hospitales.  
D. Jesús Vidart Anchia.- Director General de G. Económica y de Compras de Productos Sanitarios y Farmacéuticos.  
D<sup>a</sup> Zaida Sampedro Préstamo.- Directora General de Sistemas de Información Sanitaria.  
D<sup>a</sup> Elena Juárez Peláez.- Directora General de Atención al Paciente.  
D. Antonio Alemany López.- Director General de Atención Primaria.  
D<sup>a</sup> Belén Alonso Durán.- Subdirectora de Análisis de Costes. En calidad de asesora.

**Por Capio-Fundación Jiménez Díaz:**

D. Víctor Manuel Madera Núñez.- Presidente de CAPIO.  
D. Juan Antonio Álvaro de la Parra.- Director de CAPIO-Madrid y Gerente de la Fundación Jiménez Díaz.  
D. Javier Dodero de Solano.- Director de Continuidad Asistencial.  
D. Carlos Cenjor Español.- Director Médico Fundación Jiménez Díaz  
D<sup>a</sup> Ana Posada Pérez.- Directora Económica.

Secretaria: D<sup>a</sup> Ana M<sup>a</sup> Díez López.- En ausencia de la Secretaria General del Servicio Madrileño de Salud.

En Madrid, siendo las 18, 10 horas del día 27 de junio de 2012, en la sala de reuniones de la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria, sita en la Plaza de Carlos Trias Bertrán, 7, 7<sup>a</sup> planta, se reúnen las personas señaladas al margen como componentes de la Comisión Mixta, prevista en la cláusula 10.3 incluida en la cláusula adicional sexta al convenio singular marco suscrito entre el Servicio Madrileño de Salud y la Fundación Jiménez Díaz-UTE, suscrita el 26 de abril de 2012, debidamente convocados al efecto.

A continuación pasan a tratarse los asuntos relacionados en el Orden del Día:

**Primero.- Constitución de la Comisión Mixta de Seguimiento.-** La Viceconsejera de Asistencia Sanitaria, informa que se ha venido trabajando a través de comisiones y grupos de trabajo de manera continuada con los responsables de la Fundación Jiménez Díaz, al objeto de realizar el oportuno seguimiento de actividad y funcionamiento del centro, no obstante es oportuno que se constituya con carácter complementario a dichos grupos de trabajo, de manera formal, la Comisión Mixta con la siguiente composición:

**Por parte del Servicio Madrileño de Salud,** además de ella misma como Presidenta en su calidad de Viceconsejera de Asistencia Sanitaria, formará parte de la comisión:

**Con derecho a voz y voto:** el titular de la Dirección General de Hospitales y el titular de la Dirección General de Gestión Económica y de Compras de Productos Sanitarios y Farmacéuticos.

**Con voz pero sin voto:** El titular de la Dirección General de Atención al Paciente, el titular de la Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria, el titular de Dirección General de Atención Primaria y el Delegado del Gobierno de la Comunidad de Madrid en la



Fundación Jiménez Díaz, contemplado en la disposición adicional primera del Decreto 23/2008, de 3 de abril, por el que se establece la estructura orgánica del Servicio Madrileño de Salud, que realizará funciones de coordinación y seguimiento.

**Por parte de la Fundación Jiménez Díaz-UTE** los miembros de la Comisión son los siguientes:

**Con derecho a voz y voto:** El Presidente de CAPIO; el Gerente de la Fundación Jiménez Díaz y el titular de la Dirección Médica.

**Con voz pero sin voto:** El titular de la Dirección Económica y el titular de la Dirección de Continuidad Asistencial.

Actuará como Secretaria de la Comisión, sin voz ni voto la titular de la Secretaria General del Servicio Madrileño de Salud.

**Segundo.- Propuesta de aprobación del Reglamento de Funcionamiento de la Comisión Mixta de Seguimiento.-** Se propone por los representantes de CAPIO la inclusión en el Reglamento, dentro del punto 1 "Composición de la Comisión Mixta", de los siguientes miembros con derecho a voz pero no a voto: El titular de la Dirección Económica y el titular de la Dirección de Continuidad Asistencial.

Con la modificación mencionada se aprueba el Reglamento de Funcionamiento de la Comisión Mixta de Seguimiento, que se adjunta como **anexo I al acta**, por acuerdo de los asistentes.

**Tercero.- Seguimiento de indicadores de calidad y disponibilidad.-** La Directora General de Atención al Paciente, presenta los objetivos y descripción de indicadores previstos para el año 2012 que se adjuntan como **anexo II al acta**. Posteriormente analiza los indicadores correspondientes al ejercicio 2011, recogidos en el Contrato Programa y Auditoría de Calidad de la Fundación Jiménez Díaz, cuyos resultados se adjuntan como **anexo III al acta**.

La Directora General de Atención al Paciente felicita a los representantes de la Fundación Jiménez Díaz por los resultados obtenidos. Asimismo, informa que se analizarán los indicadores de calidad, a través de la Dirección General de Ordenación e Inspección, y dentro del plan anual de evaluación.

El Director Médico, informa a la Comisión que el Jefe de Servicio de Nefrología de la Fundación Jiménez Díaz, ha sido galardonado con el prestigioso Premio Jaime I a la investigación.

**Cuarto.- Balance de actividad y evolución de la población protegida.-** La Directora General de Sistemas de Información Sanitaria presenta el balance de actividad, que se adjunta como **anexo IV al acta**.

Se analiza posteriormente la información relativa al índice de primeras y sucesivas consultas, en el caso de la Fundación Jiménez Díaz el ratio está por encima de la media del grupo 3, ya que el índice general del Servicio Madrileño de Salud, a juicio del representante de CAPIO, distorsiona la información que suministra este indicador, puesto que la Fundación Jiménez Díaz ha mantenido su índice de primeras/sucesivas, mientras que el resto de hospitales del grupo 3, partían de resultados más favorables. Por parte de los representantes del Servicio Madrileño de Salud, se considera que el índice de primeras/sucesivas debe ser analizado, dentro del conjunto de hospitales, por la Subdirectora de Gestión y Seguimiento de Objetivos

en Hospitales, que presentará un informe sobre esta cuestión en la próxima reunión que se celebre de la comisión mixta.

Se informa a continuación sobre el Centro de Especialidades de Pontones y Quintana y el futuro traslado de los profesionales dependientes del Servicio Madrileño de Salud, que actualmente prestan servicios en los CEP de Pontones y Quintana, que previsiblemente a finales de año quedarán a disposición de CAPIO para su gestión.

El Gerente de la Fundación señala que le gustaría disponer de criterios concretos para la realización de la auditoria de actividad asistencial, en este sentido se le indica que para cualquier duda que se le plantee a este respecto puede consultar con la Subdirectora de Gestión y Seguimiento de Objetivos en Hospitales, responsable de las auditorias de actividad asistencial.

La Viceconsejera de Asistencia Sanitaria analiza posteriormente cuestiones relativas a la aplicación del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. En este sentido señala que hasta el 31 de agosto de 2012 debe seguir prestándose la asistencia a toda la población con tarjeta sanitaria. Posteriormente, se establecerán criterios respecto a la interpretación y la aplicación de la norma, en aspectos tales como los relativos a la atención en urgencias hasta el alta, o los procesos de salud pública.

El gerente del hospital comenta casos concretos que se les han presentado, se le sugiere que solicite información a la Subdirectora de Coordinación de Atención Primaria y Aseguramiento, en lo que respecta a las situaciones puntuales que se le planteen, si bien hay diversas cuestiones relativas al ámbito de la aplicación e interpretación del Real Decreto-ley que precisan aclaración por parte del Ministerio.

Se retira el **punto quinto del orden del día**, "*dar cuenta de los documentos de control que establece el pliego*", que se incluyó por error, ya que no es aplicable a la Fundación Jiménez Díaz.

**Sexto: Ruegos y preguntas.-** No hay ruegos ni preguntas.

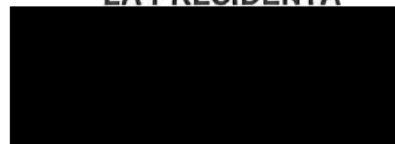
Y no habiendo más asunto que tratar, se levanta la sesión a las 19,05 horas, lo que como Secretaria certifico.

**LA SECRETARIA**



**Ana M<sup>a</sup> Diez López**  
En ausencia de la Secretaria General  
del Servicio Madrileño de Salud.

**VºBº**  
**LA PRESIDENTA**



**Patricia Flores Cerdán**

Este documento es copia del original firmado. Se han ocultado datos personales en aplicación de la normativa vigente.



## REGLAMENTO DE FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN MIXTA SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD Y FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ- UTE

En aplicación de lo previsto en la cláusula 10.3 incluida en la cláusula adicional sexta al convenio singular marco suscrito entre el Servicio Madrileño de Salud y la Fundación Jiménez Díaz-UTE, para la asistencia sanitaria a pacientes beneficiarios de la Seguridad Social en el año 2012, suscrita el 26 de abril de 2012, se constituye la Comisión Mixta como órgano de coordinación de las relaciones entre las distintas partes intervinientes.

En lo que respecta a su composición y normas de funcionamiento se regirá por el siguiente,

### REGLAMENTO

#### 1.- De su composición

La Comisión Mixta estará integrada por tres miembros de cada una de las partes interesadas:

##### a) Por parte del Servicio Madrileño de Salud:

- El titular del centro directivo que ejerza la superior dirección del Servicio Madrileño de Salud, o persona en quien delegue.
- El titular del órgano directivo que ostente la dirección de los centros y servicios sanitarios en el ámbito de la atención hospitalaria del Servicio Madrileño de Salud, o persona en quien delegue.
- El titular del órgano directivo competente en la dirección de la evaluación, el análisis y el control del gasto sanitario del Servicio Madrileño de Salud, o persona en quien delegue.

##### b) Por parte de la Fundación Jiménez Díaz-UTE:

- La persona que ostente la capacidad de actuar en nombre y representación de Fundación Jiménez Díaz-UTE, o persona en quien delegue.
- El Gerente de la Fundación Jiménez Díaz o persona en quien delegue.
- El Director Médico de la Fundación Jiménez Díaz, o persona en quien delegue.

Será Presidente de la Comisión Mixta, el titular del centro directivo que ejerza la superior dirección del Servicio Madrileño de Salud, actuando como Vicepresidente la persona que ostente la dirección de los centros y servicios sanitarios en el ámbito de la atención hospitalaria.

Actuará como Secretario de la Comisión Mixta un funcionario del Servicio Madrileño de Salud con categoría, al menos, de técnico de apoyo, que no ostentará derecho de voz ni de voto.

Asimismo formarán parte de la Comisión Mixta, con voz pero sin voto:

#### **Por parte del Servicio Madrileño de Salud:**

- El titular del órgano directivo competente en materia de sistemas de información sanitaria del Servicio Madrileño de Salud.
- El titular del órgano directivo competente en materia de atención al paciente del Servicio Madrileño de Salud.
- El titular del órgano directivo competente en materia de atención primaria del Servicio Madrileño de Salud.
- El Delegado del Gobierno de la Comunidad de Madrid en la Fundación Jiménez Díaz, contemplado en la disposición adicional primera del Decreto 23/2008, de 3 de abril, por el que se establece la estructura orgánica del Servicio Madrileño de Salud que realizará funciones de coordinación y seguimiento.

#### **Por parte de la Fundación Jiménez Díaz-UTE**

- El titular de la Dirección Económica de la Fundación Jiménez Díaz
- El titular de la Dirección de Continuidad Asistencial

## **2.- De su funcionamiento**

La Comisión Mixta se reunirá:

- Con carácter ordinario, trimestralmente.
- Con carácter extraordinario, a instancia de cualquiera de las partes.

Los acuerdos se adoptarán por mayoría de votos, dirimiendo el voto del Presidente.

Para la resolución de las posibles discrepancias se tendrá en cuenta lo dispuesto en la cláusula décima incluida en la cláusula adicional sexta al convenio singular marco suscrito entre el Servicio Madrileño de Salud y la Fundación Jiménez Díaz-UTE, para la asistencia sanitaria a pacientes beneficiarios de la Seguridad Social en el año 2012.

En función de los asuntos a tratar, se podrán incorporar a la comisión, sin derecho a voto, los asesores técnicos que se consideren oportunos, teniendo en cuenta la naturaleza de las funciones atribuidas a dicha comisión.

De forma supletoria, se estará, en las cuestiones relativas a deliberaciones, acuerdos y funcionamiento de la Comisión Mixta a lo dispuesto en el Capítulo II, del Título II, de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

## **3.- De sus funciones**

Son funciones de la Comisión Mixta las siguientes:

- a. El seguimiento, vigilancia y control de la ejecución del convenio marco, sin perjuicio de las facultades del órgano de contratación.

- b. Proponer las actividades de colaboración para el mejor cumplimiento del convenio marco.
- c. Llevar a cabo la propuesta de resolución de conflictos surgidos entre las partes, correspondiendo en todo caso la resolución de los mismos al órgano de contratación.
- d. Realizar propuestas de resolución, ante posibles conflictos surgidos entre las partes, correspondiendo en todo caso la resolución de los mismos al órgano de contratación.
- e. Valorar la adecuación de la Cartera de Servicios a las necesidades asistenciales.
- f. Analizar las posibles modificaciones en las anualidades del Plan de Inversiones.
- g. Velar por el cumplimiento de los requerimientos de subsanación de cualquier deficiencia que pudiera apreciarse, en relación con los niveles de calidad y demora que en cada momento establezca la Autoridad Sanitaria para todos los centros públicos de la Comunidad de Madrid.
- h. Analizar las prestaciones tales como prestación ambulatoria de farmacia, oxigenoterapia y transporte sanitario.
- i. Solicitar la elaboración de informes técnicos de cuantos asuntos se consideren de interés, en los que podrían participar personal técnico del Servicio Madrileño de Salud y de la Fundación Jiménez Díaz-UTE.
- j. Adaptar el procedimiento de facturación a los cambios organizativos del Servicio Madrileño de Salud.

# **Servicio Madrileño de Salud**

## **OBJETIVOS**

**Año 2012.**

# **Fundación Jimenez Díaz**

## INTRODUCCION

El Decreto 24/2008, establece el régimen de funcionamiento del Servicio Madrileño de Salud, siendo la titular de la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria la encargada de ejercer las funciones de dirección de la administración y gestión de sus recursos humanos, materiales y financieros.

Para hacer efectivas estas funciones a nivel de sus centros hospitalarios, se establecen un conjunto de objetivos de actuación para el año 2012, de acuerdo con los siguientes principios generales:

1. Asegurar la estabilidad financiera.
2. Incentivar la gestión y la producción eficiente de los recursos y servicios.
3. Garantizar la libre elección
4. Promover la innovación, la atención a los pacientes y la mejora de la calidad asistencial.
5. Facilitar el desarrollo y adecuación de las tecnologías de la información.

Para desarrollar estos principios se han establecido objetivos de actuación para los todos los hospitales de la red pública, siendo de obligado cumplimiento, conjuntamente con los compromisos contractuales del centro.

A continuación se especifican los objetivos 2012 establecidos para el hospital. En primer lugar, los referidos a los registros que de forma obligatoria deberá cumplimentar el centro (Tabla 1) y a continuación los objetivos de procesos y resultados que deberán conseguir (Tabla 2) con la explicación de sus metas, fórmulas de cálculo y observaciones (Anexo I):

**TABLA 1: OBJETIVOS DE REGISTROS**

Registros y actuaciones administrativas	Cumplimiento
a) Codificación de SIFCO	Obligatorio
b) Cumplimentación codificación CMBD.	Obligatorio
c) Registro de tumores	Obligatorio
d) Documento único de derivación de la historia de cuidados paliativos	Obligatorio
e) Registro de enfermedades poco frecuentes	Obligatorio
f) Registro de ICTUS	Obligatorio
g) Registro de IAM	Obligatorio
h) Registro de enfermedad renal	Obligatorio
i) Adecuación de la prescripción del transporte programado	Obligatorio



**TABLA 2: OBJETIVOS DE PROCESOS Y RESULTADOS**

Objetivos	Cumplimiento
<b>1.- Indicadores sistemas de información</b>	
a) Elaboración del Plan de continuidad de servicio	Ver anexo I
b) Constitución Comité de Seguridad de la Información. Plan TIC. mejoras	Ver anexo I
c) Elaboración del plan de actuaciones TIC 2012 / 2013	Ver anexo I
<b>2.- Indicadores de espera quirúrgica y de consultas</b>	
a) Demora máxima de los pacientes en espera estructural	Obligatorio
<b>3.- Indicadores de calidad y atención al paciente</b>	
a) Calidad percibida	Ver anexo I
b) Seguridad paciente y gestión de calidad	Ver anexo I
c) Información y atención al paciente	Ver anexo I
d) Indicadores de comparación hospitalaria	Ver anexo I
e) Autoabastecimiento de bolsas de sangre	Ver anexo I
<b>4.- Indicadores de continuidad asistencial</b>	
a) Porcentaje pruebas disponibles Primaria	Ver anexo I
b) Nº especialidades con especialista consultor	Ver anexo I
c) Porcentaje sospecha malignidad evaluadas	Ver anexo I
d) Porcentaje valoración previa especialista evaluadas	Ver anexo I
e) Porcentaje de pacientes distintos con hepatitis C tratados con fármacos inhibidores de la proteasa y grado de fibrosis igual o menor a 2	Ver anexo I
f) Coste del tratamiento por paciente VIH adulto	Ver anexo I
g) Porcentaje DDD Nuevos anticoagulantes orales sobre el total de anticoagulantes orales	Ver anexo I
h) Conciliación de medicación	Ver anexo I
i) Porcentaje DDD ARA-II+Aliskiren / total medicamentos Renina Angiotensina.	Ver anexo I
j) Cumplimiento de los plazos de envío de la información sobre consumo farmacéutico	Obligatorio

El hospital se compromete a cumplir estos objetivos, a lo largo del año 2012, así como a facilitar la información necesaria para su evaluación.

En Madrid a 24 de mayo de 2012.

La Viceconsejera de Asistencia Sanitaria

El Directora/a Gerente

Fdo. Patricia Flores Cerdán

Fdo. Juan Antonio Alvaro de la Parra

# **Servicio Madrileño de Salud**

**Año 2012.**

## **Anexo**

**Descripción indicadores**

**Fundación Jimenez Díaz**



**OBJETIVOS 2012 FUNDACIÓN JIMENEZ DÍAZ. Anexo Descripción de Indicadores**

**OBJETIVOS DE PROCESOS Y RESULTADOS**

<b>1.- Indicadores sistemas de información</b>			
<b>INDICADOR</b>	<b>FÓRMULA</b>	<b>META</b>	<b>ACLARACIONES</b>
<b>a) Elaboración del PLAN DE CONTINUIDAD DEL SERVICIO</b>			
1.a.1.) Realización de diagnóstico de seguridad	Sí/No	Sí	Análisis de riesgos de acuerdo a las directrices de la OSSI (Oficina de Seguridad de Sistemas de Información de la DGSIS)
1.a.2.) Definición tiempos recuperación (RTO/RPO)	% sistemas	>90% sistemas	
1.a.3.) Elaboración del Plan de Contingencia	Sí/No	Sí	Inclusión al menos de los tres protocolos y procedimientos contingencia básicos ( urgencia – consulta y hospitalización ) y Completado y verificado DGSIS. Los servicios críticos deben disponer del plan completo y en todo caso al menos el 70% de los sistemas deben tenerlo
1.a.4.) Aprobación y comunicación	Sí/No	Sí	Firmado por dirección y Comunicado a todo el personal del centro
1.a.5.) Pruebas del Plan	Nº pruebas	2	1 prueba semestral
1.a.6.) Presentación en sesión de la Junta-Técnico Asistencial	Sí/No	Sí	
<b>b) Constitución Comité de Seguridad de la Información. Plan TIC en materia de Seguridad. Mejoras en este ámbito</b>			
1.b.1.) Comité constituido formalmente	Sí/No	Sí	Miembros nombrados formalmente.
1.b.2.) Nº de reuniones	Nº reuniones	8	Actas remitidas. Meta anual (2 reuniones al trimestre)
1.b.3.) Nº de actividades puestas en marcha	Nº actividades	16	Nº actuaciones en base al diagnóstico de procedimientos, mejora de los sistemas, implantación Dian@ (4 actividades/ trimestre)
1.b.4.) % personal con formación en seguridad	% personal formado	>75%	curso virtual LOPD, sesiones formativas en el centro, asistencia a cursos promovidos desde servicios centrales
1.b.5.) % auditorías sobre sistemas	% de auditorías	>90% sistemas	Revisiones cumplimiento LOPD. Supervisión accesos a los sistemas de información
1.b.6.) Unidad independiente gestión seguridad	Sí/No	Sí	Independiente de la función TIC. Responsable de seguridad nombrado.
1.b.6.) Presentación del Plan de Seguridad TIC en sesión de la Junta-Técnico Asistencial	Sí/No	Sí	
<b>c) Elaboración del PLAN DE ACTUACIONES TIC 2012 / 2013</b>			
1.c.1.) Completar y entregar la planificación de actuaciones	Sí/No	Sí	De acuerdo al modelo establecido por la DGSIS y validado por el Comité de Dirección del Centro
1.c.2.) Cumplimentar la evaluación de “HIMSS Analytics Europe”	Sí/No	Sí	Historial Clínico Electrónico (EMRAM)
1.c.3.) Número de iniciativas de mejora e innovación.	Nº de iniciativas	3	Mínimo 3 iniciativas de mejora.
1.c.4.) Número de proyectos TIC propios (infraestructura y aplicaciones).	Nº de proyectos	3 / 5	Mínimo 3 proyectos TIC propios para hospitales pequeños y 5 hospitales medios y grandes.
1.c.5.) Número de acciones formativas personal técnico.	Nº de acciones	2 / 3	Mínimo 2 acciones formativas hospitales pequeños y 3 hospitales medios y grandes. Garantizar la asistencia a jornadas/cursos promovidos desde la DGSIS. Actuaciones promovidas por el Centro
1.c.6.) Presentación en sesión de la Junta-Técnico Asistencial y en comisiones clínicas	Nº de sesiones	4	En la Junta y en al menos 3 Comisiones clínicas

<b>2.- Indicadores de espera quirúrgica y de consultas</b>			
INDICADOR	FÓRMULA	META	ACLARACIONES
<b>a) Demora máxima de los pacientes en espera estructural</b>	Nº de pacientes en espera estructural con demora > 30 días el último día de cada mes	0	Se obtendrá de RULEQ
<b>3.- Indicadores de calidad y atención al paciente</b>			
INDICADOR	FÓRMULA	META	ACLARACIONES
<b>a) CALIDAD PERCIBIDA (a continuación ver desarrollo de este apartado)</b>			
<b>3.a.1.- Grado de Satisfacción global de los usuarios con la atención recibida en hospitalización, consultas, CMA y urgencias</b>	% de pacientes satisfechos y muy satisfechos con el conjunto de la atención recibida en hospitalización, consultas, CMA y urgencias	Máx. valor grupo	Fuente: Encuesta de satisfacción 2012 SERMAS
<b>3.a.2.- Implantación de acciones de mejora en las áreas priorizadas según el resultado de la encuesta de satisfacción 2011</b>	Nº de acciones implantadas	Al menos 5	Establecer áreas de mejoras, con la participación del Comité de Calidad Percibida y que serán ratificadas por la DG. de Atención al Paciente. Fuente: informe del centro de los proyectos de mejora con descripción de las actividades, cronograma e indicadores
<b>3.a.3.- Desarrollo de líneas de actuación del Comité de Calidad Percibida</b>	Nº de líneas de actuación puestas en marcha	Al menos 4 líneas	Una de estas líneas será de Participación de profesionales de Atención Primaria en el Comité y otra para mejorar la satisfacción con los servicios de urgencias. El resto de líneas podrá elegirse entre las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Difusión de las actividades del comité (sesiones, boletines, correos, ...).</li> <li>• Formación de profesionales en calidad percibida.</li> <li>• Colaboración/participación con la Comunidad (p.e. residencias de mayores, asociaciones de pacientes, etc.).</li> <li>• Mejora de la información a pacientes y familiares.</li> </ul>
<b>b) Seguridad paciente y gestión de calidad (a continuación ver desarrollo de este apartado)</b>			
<b>3.b.1.- Implantación de objetivos de seguridad del paciente en cada centro</b>	Nº de objetivos establecidos	Al menos 5	Objetivos de acuerdo a la Estrategia de Seguridad del Paciente 2010-2012 del Servicio Madrileño de Salud. Al menos 1 objetivo será sobre informar y promover la participación del paciente en seguridad. Cada objetivo debe tener responsable, indicador, meta
<b>3.b.2.- Implantación de responsables de seguridad del paciente por Servicios/ Unidades.</b>	Nº de servicios o unidades con responsables de SP/ Nº total de servicios prioritarios	100% Unidades/Servicios prioritarios	De acuerdo a la Estrategia de SP 2010-2012 para promover la participación e implicación de los profesionales. Se consideran servicios prioritarios a incluir: UCI, urgencias, cirugía, anestesia, obstetricia, neonatología y farmacia.
<b>3.b.3.- Promover la seguridad clínica en los servicios</b>	Nº de servios clínicos en los que se han impartido sesiones de seguridad/Nº total servicios clínicos	>70%	Sesiones docentes de seguridad en cada uno de los servicios clínicos

<b>3.b.4.-Participación activa de directivos en reuniones o visitas a las unidades: "Rondas de seguridad".</b>	Nº de reuniones o visitas realizadas	Al menos 3 (2 de ellas en UCI)	Reuniones o visitas a unidades con temática vinculada a la seguridad del paciente, en las que participe algún miembro del equipo directivo (Gerentes y/o Directores); Al menos 2 de ellas en UCI
<b>3.b.5.- Densidad de incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV)</b>	Nº de episodios de NAV por 1000 días de ventilación mecánica	<9	De aplicación en aquellos hospitales que tengan UCI
<b>3.b.6.-Grado de implantación del sistema de identificación inequívoca de pacientes mediante pulseras.</b>	Nº de pacientes con pulseras identificativas/ Nº total de pacientes estudiados x100	>85% y mantiene al menos cifras de 2011.	Fuente de información: Estudios de observación (realización de 2 estudios a lo largo del año). Los estudios incluirán acciones de mejora si implantación no adecuada
<b>3.b.7.-Desarrollo de planes de mejora de higiene de manos</b>	Nº de planes de mejora implantados	Al menos 2	Plan de acción en higiene de manos de acuerdo a los resultados de la herramienta de autoevaluación de la OMS, que aborde las áreas de mejora detectadas (al menos componentes con puntuación inferior a 80)
<b>3.b.8.-Realización de actividades de formación sobre higiene de manos .</b>	Porcentaje de profesionales formados en las áreas prioritarias	>60% profesionales de las unidades o servicios especificados	Formación on-line o presencial en los siguientes servicios: UCI, Urgencias, Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Hospital de día
<b>3.b.9.-Utilización de la hoja de verificación quirúrgica</b>	Nº de intervenciones quirúrgicas programadas en que se ha utilizado la lista de verificación quirúrgica / Nº total de intervenciones quirúrgicas estudiadas*100	>80%	A través de un "corte" o estudio específico con una muestra de historias clínicas
<b>3.b.10.-Porcentaje de pacientes en los que se conoce el riesgo de úlceras según escalas validadas.</b>	Nº de pacientes en los que se conoce el riesgo de úlceras/ Nº total de pacientes estudiados*100	>90% y mantiene al menos cifras de 2011	Se incluirán los que utilicen escalas Norton u otras validadas (Braden o Emina). Si meta no alcanzada implantar acciones de mejora.
<b>3.b.11.-Existencia de protocolos de seguridad del paciente establecidos como prioritarios</b>	Nº protocolos disponibles/ Nº total de protocolos establecidos* 100	100%	Protocolos de seguridad establecidos:1.-Protocolo para la prevención de TVP y TEP; 2.- Protocolo del manejo del paciente con dolor 3.- Protocolo de prevención de caídas.
<b>3.b.12.- Prevención de riesgos en la atención al paciente psiquiátrico</b>	Nº protocolos disponibles/ Nº total de protocolos establecidos* 100	100%	*1. Procedimiento normalizado de Inmovilización Terapéutica (también denominada contención mecánica o contención física), con auditoría bianual. 2. Protocolo de prevención de conductas suicidas, en Unidades de hospitalización psiquiátrica, con auditoría anual
	%pacientes con potencial riesgo suicida con cita en SSM en un plazo máx. de 1 semana tras el alta hospitalaria	100%	Garantizar a pacientes con potencial riesgo suicida, la necesaria continuidad asistencial, asegurándoles una cita para el seguimiento ambulatorio en el Servicio de Salud Mental de referencia en el plazo máximo de una semana tras el alta hospitalaria
<b>3.b.13.-Consolidar el desarrollo de planes de acción derivados de la autoevaluación EFQM</b>	Nº de planes de acción implantados	Al menos 3	Planes de acción de las áreas priorizadas por cada centro (nuevos 2012 o continuación 2011) de acuerdo que serán ratificados por la DG.de Atención al Paciente. Fuente: Informe de planes de acción con descripción de actividades, evaluación, cronograma y responsables.
<b>3.b.14.-Desarrollar actuaciones para la implantación y verificación de Sistemas de Gestión Ambiental.</b>	Nº de actuaciones realizadas	Avanzar una fase completa, respecto a la que se encontraban a cierre del 2011.	Desarrollar actuaciones para la implantación de los Sistemas de Gestión Ambiental, de acuerdo al despliegue de las fases contempladas I, II, III y IV en el cuestionario de Revisión Ambiental (nov 2011).En los Hospitales que ya tengan implantada la Gestión Ambiental, desarrollar acciones de mejora y actuaciones dirigidas al desarrollo sostenible.
<b>3.b.15.-Desarrollo de líneas de actuación del Comité de Lactancia Materna</b>	Nº de líneas de actuación puestas en marcha	Al menos 3 líneas	Líneas de actuación contempladas en el documento Recomendaciones implantación de Comités
<b>3.b.16.-Constitución de un Comité de Atención al dolor</b>	Sí/No	Constituido	De acuerdo a documento de recomendaciones del Servicio Madrileño de Salud
<b>3.b.17.-Elaboración de un Plan de acogida a profesionales de nueva incorporación</b>	Sí/No	Sí	De acuerdo a las recomendaciones del Servicio Madrileño de Salud para la elaboración de planes de acogida



<b>c) Información y atención al paciente</b>			
<b>3.c.1.-Acciones de mejora desarrolladas en las áreas priorizadas según el resultado de las deficiencias detectadas por las sugerencias, quejas y reclamaciones.</b>	Nº de acciones de mejora desarrolladas.	Al menos 3	La Gerencia deberá contar al menos con 3 áreas de mejora en activo durante 2011 y elaborará un informe que incluirá , como mínimo, las áreas priorizadas y las acciones de mejora propuestas. La información será ratificada por la Dirección General de Atención al Paciente.
<b>3.c.2.-Porcentaje de reclamaciones contestadas en menos de 30 días hábiles.</b>	Nº de reclamaciones contestadas en menos de 30 días hábiles, en relación al nº total de reclamaciones por Gerencia	100%	Fuente: CESTRAK .
<b>3.c.3.-Porcentaje de reclamaciones adecuadas al manual de estilo. Grupo de trabajo.</b>	Nº de reclamaciones contestadas según el manual de estilo elaborado por la DG de Atención al Paciente, en relación al nº total de reclamaciones por Gerencia.	100%	Fuente: Estudio Transversal realizado por la Dirección General de Atención al Paciente.
<b>3.c.4.-Porcentaje de entrega de Guías de Acogida para pacientes hospitalizados y acompañantes.</b>	Nº de Guías de Acogida puestas a disposición de pacientes ingresados en relación al total de pacientes ingresados.	100%	Deberá existir registro específico. El registro se realizará por cada unidad o servicio asistencial con hospitalización. La información registrada será contrastada por la DG. de Atención al Paciente.
<b>3.c.5.-Porcentaje de implantación de protocolos de información asistencial.</b>	Nº de protocolos de información clínica implantados en los que conste: ubicación, horario y profesionales responsables por cada servicio médico y quirúrgico en hospitalización en relación con el total de servicios médicos y quirúrgicos con hospitalización	Implantación en el 100% de los servicios médicos y quirúrgicos con hospitalización.	L a Gerencia deberá contar con un informe de situación. El informe deberá incluir al menos el protocolo con los procedimientos a seguir y recogidos los puntos contemplados en la fórmula, por cada servicio médico y quirúrgico con hospitalización. La información registrada será contrastada por la DG de Atención al Paciente.
<b>3.c.6.-Porcentaje de entrega de Guías de Información al Alta para pacientes hospitalizados y acompañantes.</b>	Nº de Guías de Información al Alta entregadas y cumplimentadas de acuerdo al procedimiento establecido por la DG de Atención al Paciente, en relación con el total de altas de hospitalizaciones producidas.	Entregar al 100% de las altas de hospitalización la Guía de Información al Alta.	La Gerencia deberá contar con un registro específico. El registro se realizará por cada unidad o servicio asistencial con hospitalización. La información registrada será contrastada por la DG. de Atención al Paciente.
<b>3.c.7.-Porcentaje de entrega de Guías de Atención al Duelo dirigida a familiares y allegados de pacientes fallecidos.</b>	Nº de Guías de Atención al Duelo entregadas y cumplimentadas de acuerdo al procedimiento establecido por la DG de Atención al Paciente, en relación al nº total de éxitus producidos.	Entregar al 100% de éxitus producidos la Guía de Atención al Duelo.	Deberá existir un registro específico. El registro se realizará por cada unidad o servicio asistencial con hospitalización. La información registrada será contrastada por la DG. de Atención al Paciente.
<b>3.c.8.-Creación de un registro de documentos informativos para pacientes (poster, folletos, guías.....) existentes en el centro hospitalario.</b>	Sí/No	Creación del registro	Se cumplimentará Registro de Información dirigida a pacientes. El registro al menos incluirá las siguientes variables: nombre del documento; tipo de soporte; servicio promotor; fecha de validación; fecha de inicio de difusión; fecha de retirada o revisión
<b>d) Indicadores de comparación hospitalaria</b>			
<b>Mortalidad</b>	Tasa ajustada de mortalidad	< media grupo	Fuente: CMBD
<b>Complicaciones</b>	Tasa ajustada de complicaciones	<media grupo	Fuente: CMBD
<b>Infección nosocomial</b>	Prevalencia de infección nosocomial	<=8,2	Fuente: EPINE u otros estudios de prevalencia del centro
	Incidencia de ILQ en cirugía de prótesis de cadera en pacientes con índice de riesgo NHSN 0 y 1	2-2,7	Fuente:VIRAS
<b>d) Autoabastecimiento de bolsas de sangre</b>	Donación/ Transfusión	>=65%	

4.- Indicadores de continuidad asistencial			
INDICADOR	FÓRMULA	META	ACLARACIONES
4.a) Porcentaje pruebas disponibles Primaria	Nº de Pruebas del catálogo disponibles para A. Primaria /Nº de Pruebas accesibles del catálogo	100%	
4.b) Nº especialidades con especialista consultor	Nº de Especialidades con especialista consultor implantado	≥ 2	Deberá constar un Procedimiento escrito, consensado con AP, en el que conste los canales de comunicación y sistema de evaluación
4.c) Porcentaje sospecha malignidad (SM) evaluadas	Número de SM remitidas sin cita, que se han evaluado / Número de SM sin cita remitidas *100	100%	Del total de "SM" sólo se consideran para el análisis las "Remitidas al Hospital sin cita"
4.d) Porcentaje valoración previa especialista evaluadas	Número de VPE remitidas con cita de más de 15 días que se han evaluado / Número de VPE con cita de más de 15 días remitidas	≥ 90%	Del total de "VPE" sólo se consideran para el análisis las "Remitidas al Hospital con cita en más de 15 días"
4.e) % Pacientes distintos con hepatitis C tratados con fármacos inhibidores de la proteasa y grado de fibrosis igual o menor a 2	Numerador: Se incluirán todos los pacientes tratados con inhibidores de la proteasa en el hospital con grado de fibrosis igual o menor a 2. Denominador: Total de pacientes con hepatitis C tratados con triple terapia en el hospital	<5%	No se incluyan pacientes en ensayos clínicos
4.f) Coste del tratamiento por paciente VIH adulto	Numerador: Coste acumulado a precio medio contable de antirretrovirales dispensados para pacientes VIH externos. Denominador: Paciente dispensado medio	< 8.400 €	Cumplimiento si hospitales han alcanzado el objetivo, estableciendo un margen de tolerancia del 1%
4.g) % DDD Nuevos anticoagulantes orales sobre el total de anticoagulantes orales	Numerador: Nº DDD prescritas de Nuevos Anticoagulantes en el conjunto del hospital y las zonas básicas asignadas al mismo (AP+AE) . Denominador: Nº DDD totales de fármacos anticoagulantes orales en el hospital y zonas básicas asignadas al mismo	<i>Objetivo para cada hospital en función de sus datos de prescripción tanto de primaria como de especializada</i>	El cumplimiento se valorará según la siguiente graduación: la totalidad para aquellos centros que alcancen el objetivo, la mitad para los centros que estén por encima de la media tanto en el indicador de primaria como en el de especializada.
4.h) Conciliación de medicación	Presentación de una actuación que haya sido realizada a lo largo del año 2012 en la que se haya abordado la conciliación de la medicación. El trabajo se realizará sobre un área, grupo de pacientes, tipo de medicamentos, etc... que considere de especial relevancia el hospital. El formato de la actuación se ajustará a los establecido en un estudio de investigación con un objetivos, material y método, resultados, conclusiones, aplicabilidad del estudio y posibilidad de extensión a otros hospitales.	Sí	Se constituirá un grupo de trabajo para la valoración de las diferentes actuaciones y la asignación de la correspondiente puntuación. Para valorar el cumplimiento se utilizarán los siguientes parámetros: Presentación de un breve resumen del mismo con objetivos, material y métodos antes del 31 de mayo: 0,15% de la valoración. Valoración de la actuación, que tendrá en cuenta tanto el esfuerzo dedicado al mismo, como la adecuación al formato de presentación obtenido, la rigurosidad en los resultados (tanto positivos como negativos) y su aplicabilidad práctica: 0,85% de la valoración.
4.i)% DDD ARA-II+Aliskiren sobre el total de medicamentos para el Sistema Renina Angiotensina	Numerador: Nº DDD prescritas de Antagonistas de receptores de angiotensina y sus combinaciones o aliskiren en el conjunto del hospital y las zonas básicas asignadas al mismo (AP+AE). Denominador: Nº DDD totales de fármacos que afectan al sistema renina angiotensina	<i>Objetivo para cada hospital en función de sus datos de prescripción tanto de primaria como de especializada</i>	El cumplimiento se valorará según la siguiente graduación: la totalidad para aquellos centros que alcancen el objetivo, la mitad para los centros que estén por encima de la media tanto en el indicador de primaria como en el de especializada.
4.j) Cumplimiento de los plazos de envío de la información sobre consumo farmacéutico	Se enviará a la Subdirección de Compras de Farmacia y Productos Sanitarios mensualmente el fichero informático con los datos de consumo farmacéutico según modelo establecido	* antes del día 20 de cada mes	Real Decreto Ley 16/2012

### 3.3) RESULTADOS DEL HOSPITAL COMPARADOS CON RESULTADOS DEL GRUPO

	Fundación Jiménez Díaz	GRUPO 3
<b>a) CALIDAD PERCIBIDA</b>		
• Grado de Satisfacción global de los usuarios con la atención recibida en hospitalización, consultas y CMA	94,1	94,3%
• Nº de acciones de mejora implantadas en las áreas priorizadas según el resultado de la encuesta de satisfacción 2010	10	9
• Nº de líneas de actuación puestas en marcha por el Comité de Calidad Percibida	5	6
<b>b) SEGURIDAD PACIENTE</b>		
• Nº de objetivos de seguridad del paciente implantados en cada centro	5	8
• Nº de objetivos y responsables de seguridad del paciente implantados por Servicios/ Unidades.	27	13
• Nº de reuniones o visitas a las unidades ("Rondas de seguridad") con participación de directivos	3	5
• Tasa de bacteriemias relacionadas con catéter venoso central (CVC)	0,8	2,66
• Nº de UCI que se adhieren al proyecto de prevención de neumonía asociada a ventilación mecánica	2	2
• Existencia de un protocolo de identificación de pacientes actualizado	Sí	100%
• Grado de implantación del sistema de identificación inequívoca de pacientes mediante pulseras.	94,4%	89,9%
• Grado de desarrollo de las actuaciones contempladas en la Estrategia de higiene de manos	100%	98%
• Porcentaje de profesionales formados en higiene de manos (en las unidades priorizadas)	55,7%	35,9%
• Porcentaje de servicios quirúrgicos que han implantado la lista de verificación quirúrgica	100,00%	96,4%
• Porcentaje de intervenciones quirúrgicas programadas en que se utiliza la lista de verificación quirúrgica	100,00%	78,6%
• Existencia de un protocolo de prevención de úlceras por presión	Sí	100%
• Porcentaje de pacientes en los que se conoce el riesgo de úlceras según escalas validadas.	100,0%	99,6%
• Prevalencia de infección nosocomial	6,9%	8,1%
<b>c) GESTIÓN DE CALIDAD</b>		
• Nº de planes de acción implantados de acuerdo con los resultados de la autoevaluación EFQM	3	4
• Grado de despliegue de las actuaciones para la implantación de la gestión medioambiental por centro.	20%	66%
• Nº de reuniones del Comité de Lactancia Materna	3	5
• Nº de servicios /unidades que utilizan escalas de valoración del dolor	15	21





# Fundación Jiménez Díaz

## Balance de actividad

27 junio de 2012

## 1. BALANCE LIBRE ELECCIÓN DESDE A. PRIMARIA

1. Evolución
2. Centros Hospitalarios
3. Especialidades

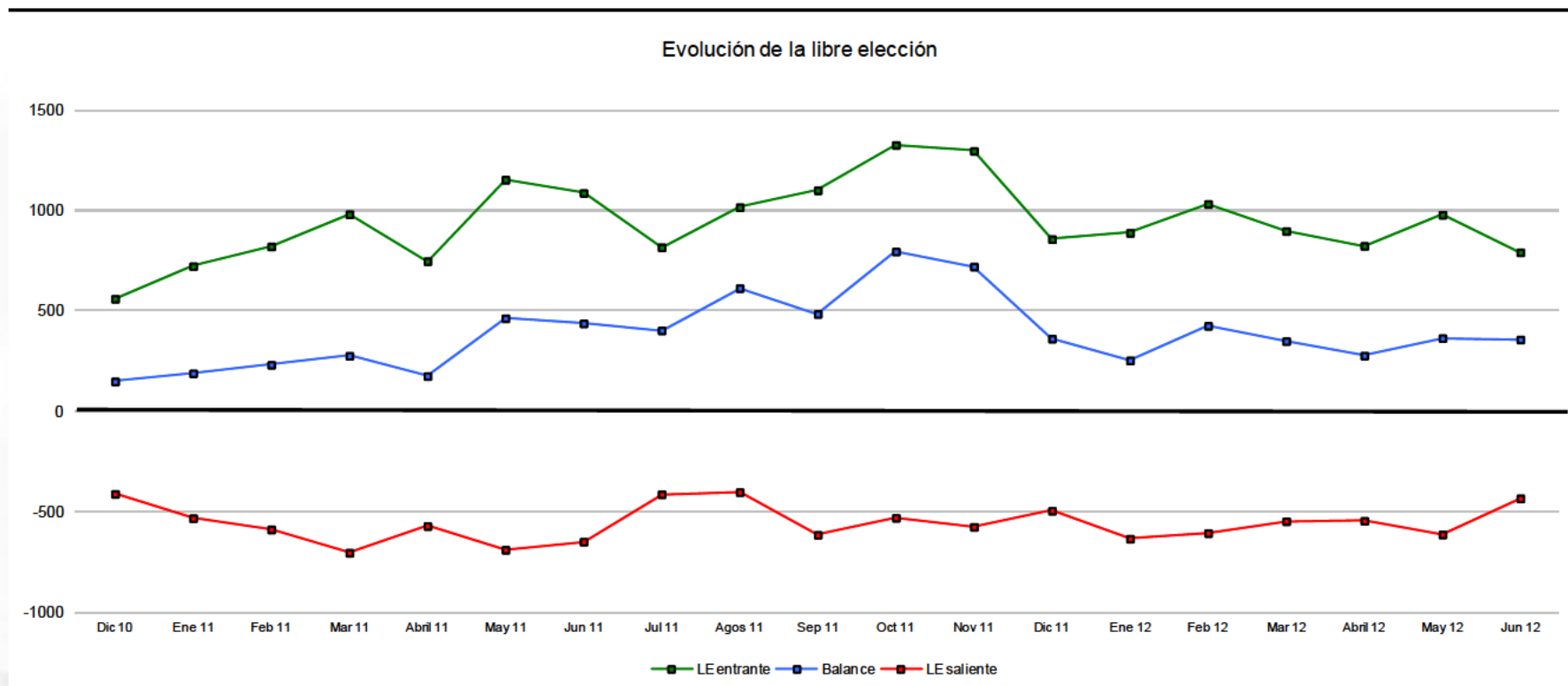
**NOTA:** datos acumulados hasta 24 de junio de 2012

## 2. FLUJO ACTIVIDAD/COSTES INTERCENTROS:

1. Hospitalización
2. Cirugía Ambulatoria
3. Consultas Externas
4. Hospital de día
5. Técnicas diagnósticas
6. Farmacia

**NOTA:** datos acumulados Enero-Marzo de 2012

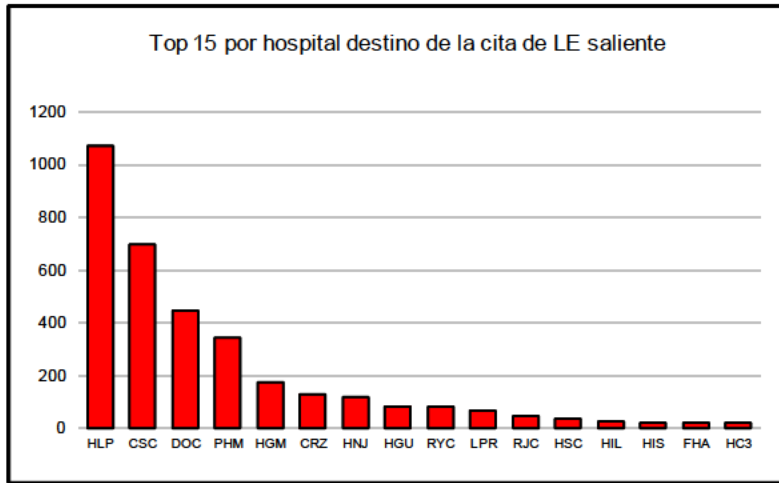
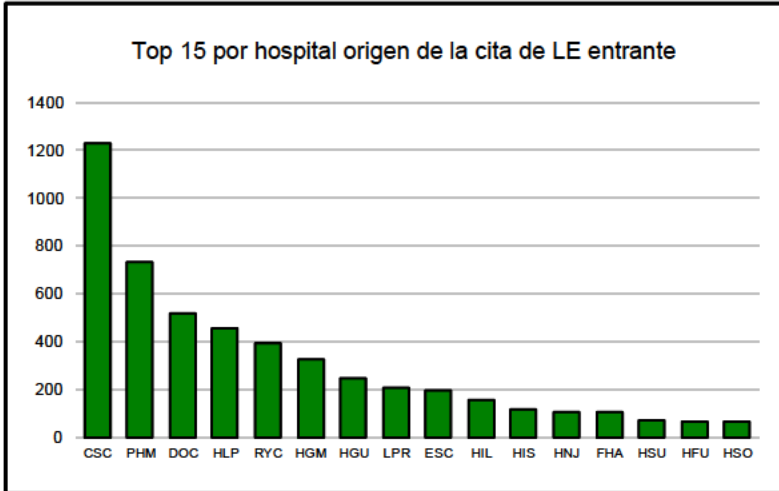
# Balance de LE desde Atención Primaria: *Evolución*



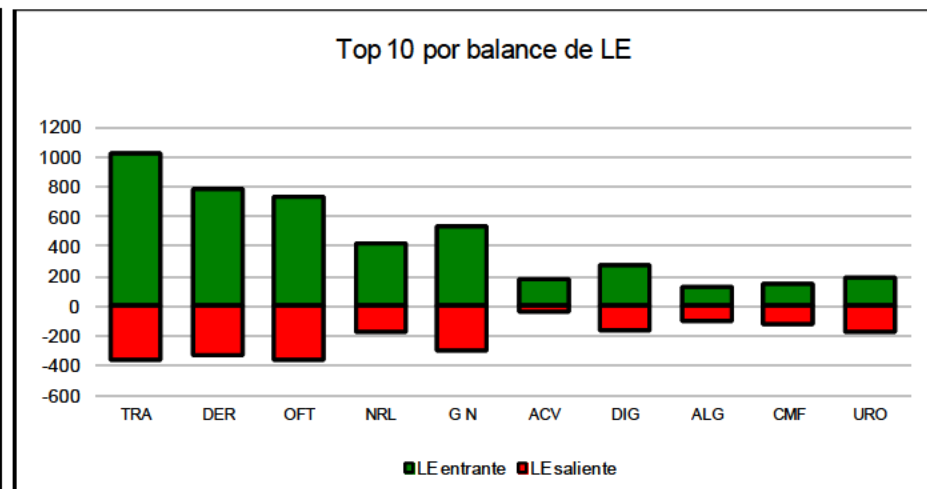
MES	Dic 10	Ene 11	Feb 11	Mar 11	Abril 11	May 11	Jun 11	Jul 11	Agos 11	Sep 11	Oct 11	Nov 11	Dic 11	Ene 12	Feb 12	Mar 12	Abril 12	May 12	Jun 12
LE ENTRANTE	560	722	820	981	747	1153	1087	816	1016	1100	1326	1296	857	888	1032	897	823	978	791
LE SALIENTE	412	533	589	705	572	690	650	414	403	616	531	576	496	635	607	548	546	614	434
BALANCE	148	189	231	276	175	463	437	402	613	484	795	720	361	253	425	349	277	364	357

# Balance de LE desde Atención Primaria: *Hospitales*

HOSPITAL	ENTRADAS	SALIDAS	BALANCE
H. CLÍNICO SAN CARLOS	1.230	696	534
H. PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA	732	341	391
H. RAMÓN Y CAJAL	393	77	316
H. DE EL ESCORIAL	193	1	192
H. GÓMEZ ULLA	243	78	165
H. GREGORIO MARAÑÓN	323	172	151
H. DE LA PRINCESA	204	64	140
H. INFANTA LEONOR - VALLECAS	154	24	130
H. INFANTA SOFÍA	115	20	95
H. FUNDACIÓN DE ALCORCÓN	103	17	86
H. 12 DE OCTUBRE	516	443	73
H. DEL SURESTE - ARGANDA	69	1	68
H. SEVERO OCHOA	67	2	65
H. DE MÓSTOLES	65	3	62
H. DE FUENLABRADA	67	10	57
H. PRÍNCIPE DE ASTURIAS	61	4	57
H. DE GETAFE	53	7	46
H. INFANTA ELENA	51	6	45
H. INFANTA CRISTINA	39	2	37
H. DEL HENARES - COSLADA	38	2	36
H. TORREJÓN	29	3	26
H. DEL TAJO - ARANJUEZ	11		11
H. INFANTIL NIÑO JESÚS	107	117	-10
H. CARLOS III	0	17	-17
H. SANTA CRISTINA	17	34	-17
H. REY JUAN CARLOS	26	46	-20
H. CENTRAL DE LA CRUZ ROJA	51	128	-77
H. LA PAZ	452	1.069	-617
<b>TOTAL CITAS:</b>	<b>5.409</b>	<b>3.384</b>	<b>2.025</b>



ESPECIALIDAD	LE ENTRANTE	LE SALIENTE	BALANCE
Alergología	133	101	32
Angiología y C. Vascular	183	41	142
Aparato Digestivo	278	168	110
Cardiología	148	188	-40
Cirugía General y del Ap. Digestivo	104	132	-28
Cirugía Pediátrica General	32	23	9
C. Maxilofacial	147	124	23
Dermatología	780	326	454
Endocrinología	77	110	-33
Ginecología	530	294	236
Hematología Infantil	2	4	-2
Medicina interna	59	49	10
Nefrología	15	32	-17
Neumología	56	61	-5
Neurocirugía Infantil	15	8	7
Neurología	422	171	251
Obstetricia	53	144	-91
Oftalmología	733	356	377
Otorrinolaringología	249	240	9
Pediatría AE	20	32	-12
Rehabilitación Adulto	67	124	-57
Reumatología	96	127	-31
Traumatología	1.024	360	664
Urología	186	169	17
<b>TOTAL CITAS:</b>	<b>5.409</b>	<b>3.384</b>	<b>2.025</b>





## ACTIVIDAD

RESUMEN	Actividad Realizada en el Hospital									Saldo L.E		
	Pob. Propia	Pob. Referencia	Pob. List. de Espera	Pob. No Identif.	L.E. entrada	Finan. CCAA	Otros Finan.	Resto	Total	L.E. salida	Balance Nº	% Desv Act por LE*
HOSPITALIZACIÓN	5.828				1.245			475	7.548	1.425	-180	19,6
HOSPITAL DE DÍA	12.541				2.291			183	15.015	1.261	1.030	9,1
CIRUGÍA AMBULATORIA	3.913				912			95	4.920	575	337	12,8
CONSULTAS	36.409			3.986	179			1.875	42.449	790	-611	2,1
PROCEDIMIENTOS/ TÉCNICAS	50.044			5.604	459			3.565	59.672		459	
DISPENSACIÓN DE FÁRMACOS								0	0	8.320	-8.320	100,0
<b>TOTAL ACTIVIDAD</b>	<b>108.735</b>			<b>9.590</b>	<b>5.086</b>			<b>6.193</b>	<b>129.604</b>	<b>12.371</b>	<b>-7.285</b>	<b>28,7</b>

## COSTES

RESUMEN	Actividad Realizada en el Hospital									Saldo L.E		
	Pobl. Propia	Pob. Referencia	Pob. Lista de Espera	Pob. No Identif.	L.E. entrada	Financiación CCAA	Otros Financiados	Resto	Total	L.E. salida	Balance Nº	% Desv Act por LE(*)
HOSPITALIZACIÓN	35.213.738				6.355.760			2.503.087	44.072.586	7.937.240	-1.581.480	18,4
HOSPITAL DE DÍA	2.053.144				663.578			54.130	2.770.852	252.706	410.872	11,0
CIRUGÍA AMBULATORIA	9.114.594				719.915			69.025	9.903.535	380.197	339.718	3,722
CONSULTAS	5.024.555			550.553	106.413			142.704	5.824.225	87.700	-68.987	1,7
PROCEDIMIENTOS/ TÉCNICAS	0			0	0			0	0		0	
DISPENSACIÓN DE FÁRMACOS								0	0	19.996.400	-19.996.400	100,0
<b>TOTAL COSTES</b>	<b>51.406.031</b>			<b>550.553</b>	<b>7.845.667</b>			<b>2.768.947</b>	<b>62.571.197</b>	<b>28.654.243</b>	<b>-20.896.277</b>	<b>27,0</b>

# Flujos de Actividad Intercentros: Hospitalización

	Actividad Realizada en el Hospital								Salido L.E			
	Pob. Propia	Pob. Referencia	Pob. List. de Espera	Pob. No Identif.	L.E. entrada	Finan. CCAA	Otros Finan.	Resto	Total	L.E. salida	Balance Nº	% Desv Act por LE*
<b>HOSPITALIZACIÓN</b>												
<b>TOTAL</b>	<b>5.828</b>				<b>1.245</b>			<b>475</b>	<b>7.548</b>	<b>1.425</b>	<b>-180</b>	<b>19,6</b>
Categoría no válida	41				8			3	52	23	-15	35,9
Embarazo, parto y puerperio	435				63			20	518	152	-89	25,9
Enfermedades y trastornos de hígado, sistema biliar y páncreas	266				72			12	350	51	21	16,1
Enfermedades y trastornos del aparato circulatorio	872				115			51	1.038	156	-41	15,2
Enfermedades y trastornos del aparato digestivo	523				132			41	696	161	-29	23,5
Enfermedades y trastornos del aparato reproductor femenino	150				38			6	194	29	9	16,2
Enfermedades y trastornos del aparato reproductor masculino	103				24			7	134	20	4	16,3
Enfermedades y trastornos del aparato respiratorio	965				116			52	1.133	218	-102	18,4
Enfermedades y trastornos del ojo	132				34			3	169	20	14	13,2
Enfermedades y trastornos del sistema nervioso	324				80			25	429	104	-24	24,3
Enfermedades y trastornos de oído, nariz, boca y garganta	147				31			10	188	62	-31	29,7
Enfermedades y trastornos de piel, tejido subcutáneo y mama	168				37			12	217	49	-12	22,6
Enfermedades y trastornos de riñón y vías urinarias	345				59			18	422	74	-15	17,7
Enfermedades y trastornos mentales	120				28			37	185	23	5	16,1
Enf. infecciosas y parasitarias, sistémicas o no localizadas	74				18			9	101	41	-23	35,7
Enf. y trast. del sist. endocrino, nutricional y metabólico	183				26			5	214	24	2	11,6
Enf. y trast. de sangre, órganos hematopoy. y sist. inmunitarios	80				10				90	25	-15	23,8
Enf. y trast. mieloproliferativos y neoplasias mal diferenciadas	88				7			7	102	29	-22	24,8
Enf. y trast. sistema musculoesquelético y tejido conectivo	662				318			29	1.009	128	190	16,2
Infecciones VIH	29				4			3	36	5	-1	14,7
Lesiones, envenenamientos y efectos tóxicos de fármacos	59				17			4	80	13	4	18,1
Otras causas de atención sanitaria	38				5				43	12	-7	24,0
Quemaduras								1	1	2	-2	100,0
Recién nacidos y neonatos con condición orig. en periodo perinatal								114	114			
Trauma múltiple significativo	7								7	1	-1	12,5
Uso drogas/alcohol y trast. ment. induc. por drogas/alcohol	17				3			6	26	3	0	15,0

# Flujos de Actividad Intercentros: Hospitalización (costes)

	Actividad Realizada en el Hospital									Saldo L.E		
	Pobl. Propia	Pob. Referencia	Pob. Lista de Espera	Pob. No Identif.	L.E. entrada	Financiación CCAA	Otros Financiadores	Resto	Total	L.E. salida	Balance Nº	% Desv Act por LE(*)
<b>HOSPITALIZACIÓN</b>												
<b>Total</b>	<b>35.213.738</b>				<b>6.355.760</b>			<b>2.503.087</b>	<b>44.072.586</b>	<b>7.937.240</b>	<b>-1.581.480</b>	<b>18,4</b>
Categoría no válida	1.717.451				276.330			107.107	2.100.888	981.392	-705.062	36,4
Embarazo, parto y puerperio	944.723				120.379			37.515	1.102.618	305.388	-185.009	24,4
Enfermedades y trastornos de hígado, sistema biliar y páncreas	1.799.810				306.470			91.127	2.197.407	301.385	5.085	14,3
Enfermedades y trastornos del aparato circulatorio	6.582.507				774.861			483.885	7.841.253	1.263.982	-489.121	16,1
Enfermedades y trastornos del aparato digestivo	2.739.947				519.527			167.382	3.426.856	719.199	-199.672	20,8
Enfermedades y trastornos del aparato reproductor femenino	580.961				126.045			20.302	727.308	104.929	21.116	15,3
Enfermedades y trastornos del aparato reproductor masculino	439.337				105.962			21.977	567.276	82.474	23.488	15,8
Enfermedades y trastornos del aparato respiratorio	6.056.296				634.761			292.722	6.983.778	989.445	-354.684	14,0
Enfermedades y trastornos del ojo	444.794				91.015			8.619	544.428	61.209	29.806	12,1
Enfermedades y trastornos del sistema nervioso	2.109.952				393.852			163.101	2.666.906	619.359	-225.506	22,7
Enfermedades y trastornos de oído, nariz, boca y garganta	526.502				168.300			19.546	714.348	196.115	-27.816	27,1
Enfermedades y trastornos de piel, tejido subcutáneo y mama	725.260				113.473			42.296	881.029	141.424	-27.952	16,3
Enfermedades y trastornos de riñón y vías urinarias	1.530.487				218.039			68.384	1.816.910	275.817	-57.777	15,3
Enfermedades y trastornos mentales	485.336				139.398			188.565	813.298	103.685	35.713	17,6
Enf. infecciosas y parasitarias, sistémicas o no localizadas	595.824				107.395			30.831	734.050	208.471	-101.076	25,9
Enf. y trast. del sist. endocrino, nutricional y metabólico	744.304				87.189			25.479	856.972	91.212	-4.023	10,9
Enf. y trast. de sangre, órganos hematopoy. y sist. inmunitarios	488.691				33.605				522.295	130.750	-97.146	21,1
Enf. y trast. mieloproliferativos y neoplasias mal diferenciadas	811.999				56.904			40.851	909.755	316.329	-259.425	28,0
Enf. y trast. sistema musculoesquelético y tejido conectivo	5.131.258				1.966.408			172.884	7.270.550	881.730	1.084.678	14,7
Infecciones V H	237.748				21.749			17.533	277.030	31.588	-9.840	11,7
Lesiones, envenenamientos y efectos tóxicos de fármacos	274.844				75.153			16.413	366.410	52.055	23.098	15,9
Otras causas de atención sanitaria	100.761				11.177				111.938	31.895	-20.717	24,0
Quemaduras								10.612	10.612	12.732	-12.732	100,0
Recién nacidos y neonatos con condición orig. en periodo perinatal								460.792	460.792			
Trauma múltiple significativo	102.583								102.583	26.748	-26.748	20,7
Uso drogas/alcohol y trast. ment. induc. por drogas/alcohol	42.363				7.767			15.166	65.296	7.925	-158	15,8

	Actividad Realizada en el Hospital									Saldo L.E		
	Pob. Propia	Pob. Referencia	Pob. List. de Espera	Pob. No Identif.	L.E. entrada	Finan. CCAA	Otros Finan.	Resto	Total	L.E. salida	Balance Número	% Desv Act por LE*
<b>HOSPITAL DE DÍA</b>												
<b>TOTAL</b>	<b>12.541</b>				<b>2.291</b>			<b>183</b>	<b>15.015</b>	<b>1.261</b>	<b>1.030</b>	<b>9,1</b>
Aparato Digestivo												
Dermatología Médicoquirúrgica y Venereología												
Endocrinología y Nutrición	32				6			1	39		6	
Hospital de Día	104				5				109	354	-349	77,3
Hospital de día geriátrico									0	3	-3	100,0
Hospital de día hematológico	642				82			11	735	74	8	10,3
Hospital de día infeccioso	36				5				41		5	
Hospital de día médico	9.971				1.986			154	12.111	81	1.905	0,8
Hospital de día oncológico	1.333				167			14	1.514	308	-141	18,8
Hospital de día psiquiátrico									0	441	-441	100,0
Medicina Interna												
Medicina Nuclear	9				2				11		2	
Neumología												
No informados correctamente												
Oftalmología												
Otros servicios												
Pediatría												
Psiquiatría	387				35			3	425		35	
Radiología												
Rehabilitación	27				3				30		3	
Unidad del Dolor												
Urología												

# Flujos de Actividad Intercentros: Hospital de día (costes)

	Actividad Realizada en el Hospital									Saldo L.E		
	Pob. Propia	Pob. de Referencia	Pob. de Lista de Espera	Pob. No Identif.	L.E. entrada	Finanan. CCAA	Otros Finan.	Resto	Total	L.E. salida	Balance Número	% Desv Act por LE(*)
<b>HOSPITAL DE DÍA</b>												
<b>Total</b>	<b>2.053.144</b>				<b>663.578</b>			<b>54.130</b>	<b>2.770.852</b>	<b>252.706</b>	<b>410.872</b>	<b>11,0</b>
Aparato Digestivo												
Dermatología Médicoquirúrgica y Venereología												
Endocrinología y Nutrición	7.383				0			0	7.383		0	
Hospital de Día	33.494				0				33.494	0	0	0,0
Hospital de día geriátrico									0	264	-264	100,0
Hospital de día hematológico	282.921				41.164			5.522	329.607	37.148	4.016	11,6
Hospital de día infeccioso	13.362				2.360				15.722		2.360	
Hospital de día médico	893.248				536.220			41.580	1.471.048	21.870	514.350	2,4
Hospital de día oncológico	762.940				83.834			7.028	853.802	154.616	-70.782	16,9
Hospital de día psiquiátrico									0	38.808	-38.808	100,0
Medicina Interna												
Medicina Nuclear	198				0				198		0	
Neumología												
No informados correctamente												
Oftalmología												
Otros servicios												
Pediatría												
Psiquiatría	51.108				0			0	51.108		0	
Radiología												
Rehabilitación	8.489				0				8.489		0	
Unidad del Dolor												
Urología												



	Actividad Realizada en el Hospital									Saldo L.E		
	Pob. Propia	Pob. Referencia	Pob. List. de Espera	Pob. No Identif.	L.E. entrada	Finan. CCAA	Otros Finan.	Resto	Total	L.E. salida	Balance Número	% Desv Act por LE*
<b>CIRUGÍA AMBULATORIA</b>												
<b>TOTAL</b>	<b>3.913</b>				<b>912</b>			<b>95</b>	<b>4.920</b>	<b>575</b>	<b>337</b>	<b>12,8</b>
Categoría no válida					1				1		1	
Embarazo, parto y puerperio	1								1	3	-3	75,0
Enfermedades y trastornos de hígado, sistema biliar y páncreas	1				1				2		1	
Enfermedades y trastornos del aparato circulatorio	44				18			1	63	22	-4	33,3
Enfermedades y trastornos del aparato digestivo	186				50			6	242	12	38	6,1
Enfermedades y trastornos del aparato reproductor femenino	213				83			2	298	20	63	8,6
Enfermedades y trastornos del aparato reproductor masculino	152				35			7	194	21	14	12,1
Enfermedades y trastornos del aparato respiratorio	4								4			
Enfermedades y trastornos del ojo	1.499				241			34	1.774	235	6	13,6
Enfermedades y trastornos del sistema nervioso	88				42			1	131	12	30	12,0
Enfermedades y trastornos de oído, nariz, boca y garganta	204				52			8	264	27	25	11,7
Enfermedades y trastornos de piel, tejido subcutáneo y mama	488				77			19	584	130	-53	21,0
Enfermedades y trastornos de riñón y vías urinarias	21				4				25	13	-9	38,2
Enfermedades y trastornos mentales									0	1	-1	100,0
Enf. infecciosas y parasitarias, sistémicas o no localizadas	1				2				3		2	
Enf. y trast. del sist. endocrino, nutricional y metabólico									0	2	-2	100,0
Enf. y trast. de sangre, órganos hematopoy. y sist. inmunitarios	2								2	3	-3	60,0
Enf. y trast. mieloproliferativos y neoplasias mal diferenciadas	15				2				17		2	
Enf. y trast. sistema musculoesquelético y tejido conectivo	939				296			16	1.251	50	246	5,1
Infecciones VIH	1								1			
Lesiones, envenenamientos y efectos tóxicos de fármacos	19				5			1	25	2	3	9,5
Otras causas de atención sanitaria	35				3				38	22	-19	38,6
Quemaduras												
Recién nacidos y neonatos con condición orig. en periodo perinatal												
Trauma múltiple significativo												
Uso drogas/alcohol y trast. ment. induc. por drogas/alcohol												

# Flujos de Actividad Intercentros: Cirugía Ambulatoria (costes)

	Actividad Realizada en el Hospital								Saldo L.E			
	Pob. Propia	Pob. Ref.	Pob de Lista de Espera	Pob. No Identif.	L.E. entrada	Finan. CCAA	Otros Finan.	Resto	Total	L.E. salida	Balance Número	% Desv Act por LE(*)
<b>CIRUGÍA AMBULATORIA</b>												
<b>Total</b>	<b>9.114.594</b>				<b>719.915</b>			<b>69.025</b>	<b>9.903.535</b>	<b>380.197</b>	<b>339.718</b>	<b>4,0</b>
Categoría no válida					415				415		415	
Embarazo, parto y puerperio	2.324								2.324	1.756	-1.756	43,0
Enfermedades y trastornos de hígado, sistema biliar y páncreas	455				415				870		415	
Enfermedades y trastornos del aparato circulatorio	152.340				15.359			941	168.639	15.568	-210	9,3
Enfermedades y trastornos del aparato digestivo	421.668				36.403			4.326	462.397	8.245	28.158	1,9
Enfermedades y trastornos del aparato reproductor femenino	617.684				56.184			1.347	675.214	12.522	43.662	2,0
Enfermedades y trastornos del aparato reproductor masculino	296.594				16.700			3.294	316.588	10.267	6.433	3,3
Enfermedades y trastornos del aparato respiratorio	1.868								1.868			
Enfermedades y trastornos del ojo	4.841.875				225.624			31.262	5.098.761	177.098	48.527	3,5
Enfermedades y trastornos del sistema nervioso	196.720				37.215			823	234.757	7.891	29.324	3,9
Enfermedades y trastornos de oído, nariz, boca y garganta	425.502				41.393			6.400	473.295	19.166	22.227	4,3
Enfermedades y trastornos de piel, tejido subcutáneo y mama	305.139				36.133			8.553	349.825	56.428	-20.295	15,6
Enfermedades y trastornos de riñón y vías urinarias	107.125				3.698				110.823	5.395	-1.697	4,8
Enfermedades y trastornos mentales									0	415	-415	100,0
Enf. infecciosas y parasitarias, sistémicas o no localizadas	210				830				1.040		830	
Enf. y trast. del sist. endocrino, nutricional y metabólico									0	830	-830	100,0
Enf. y trast. de sangre, órganos hematopoy. y sist. inmunitarios	10.288								10.288	1.245	-1.245	10,8
Enf. y trast. mieloproliferativos y neoplasias mal diferenciadas	46.958				830				47.788		830	
Enf. y trast. sistema musculoesquelético y tejido conectivo	1.596.994				245.397			11.665	1.854.056	49.345	196.052	3,0
Infecciones VIH	11.369								11.369			
Lesiones, envenenamientos y efectos tóxicos de fármacos	60.858				2.075			415	63.348	830	1.245	1,3
Otras causas de atención sanitaria	18.624				1.245				19.869	13.197	-11.952	41,5
Quemaduras												
Recién nacidos y neonatos con condición orig. en periodo perinatal												
Trauma múltiple significativo												
Uso drogas/alcohol y trast. ment. induc. por drogas/alcohol												

# Flujos de Actividad Intercentros: Consultas Externas



	Actividad Realizada en el Hospital									Saldo L.E		
	Pob. Propia	Pob. Referencia	Pob. L. de Espera	Pob. No Identif.	L.E. entrada	Finan. CCAA	Otros Fianan.	Resto	Total	L.E. salida	Balance Número	% Desv Act por LE*
<b>CONSULTAS EXTERNAS</b>												
<b>TOTAL</b>	36.409			3.986	179			1.875	42.449	790	-611	2,1
Consultas médicas	13.066			1.276	32			597	14.971	262	-230	2,0
Consultas pediátricas	668			169	2			101	940	6	-4	0,9
Consultas psiquiátricas	394			121				24	539	219	-219	35,7
Consultas quirúrgicas	22.281			2.420	145			1.153	25.999	303	-158	1,3



	Actividad Realizada en el Hospital									Saldo L.E		
	Pob. Propia	Pob. de Referencia	Pob. de L. de Espera	Pob. No Identificada	L.E. entrada	Finan. CCAA	Otros Finan.	Resto	Total	L.E. salida	Balance Número	% Desv Act por LE(*)
<b>CONSULTAS EXTERNAS</b>												
<b>Total</b>	<b>5.024.555</b>			<b>550.553</b>	<b>106.413</b>			<b>142.704</b>	<b>5.824.225</b>	<b>87.700</b>	<b>-68.987</b>	<b>1,7</b>
Consultas médicas	1.782.937			172.408	47.286			98.241	2.058.704	42.168	-37.050	2,3
Consultas pediátricas	92.036			23.150	1.632			23.044	138.638	1.224	-816	1,3
Consultas psiquiátricas	50.469			15.476	17.739			1.944	67.889	17.739	-17.739	26,0
Consultas quirúrgicas	3.099.112			339.519	39.756			107.175	3.558.994	26.569	-13.382	0,9



# Flujos de Actividad Intercentros: Técnicas Diagnósticas

	Actividad Realizada en el Hospital									Saldo L.E		
	Pob. Propia	Pob. Referencia	Pob. L. de Espera	Pob. No Identif.	L.E. entrada	Finan. CCAA	Otros Finan.	Resto	Total	L.E. salida	Balance Número	% Desv Act por LE*
<b>PROCEDIMIENTOS / TÉCNICAS</b>												
<b>TOTAL</b>	<b>50.044</b>			<b>5.604</b>	<b>459</b>			<b>3.565</b>	<b>59.672</b>		<b>459</b>	
DENSITOMETRÍAS	362			20				7	389			
ECOCARDIOGRAMA	6.000			763	1			455	7.219		1	
ECOGRAFÍA	4.943			393	48			353	5.737		48	
ECOGRAFÍA GINECOLÓGICA	151			17	4			2	174		4	
ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA	2			1					3			
ECOGRAFÍAS DOPPLER												
E. D.: COLONOSCOPIA Y RECTOSIGMOIDOSCOPIA	263			243				12	518			
E. D.: GASTROSCOPIA, ESOFAGOSCOPIA Y DUODENOSCOPIA	323			130				32	485			
EGG												
EMG	226			237	1			4	468		1	
ENDOSCOPIA												
ENDOSCOPIA NEUMOLOGÍA: BRONCOSCOPIA	178			13				21	212			
ERGOMETRÍA	110			6				2	118			
EXPLOR. FUERA DEL SERVICIO (PORTÁTIL-QUIRÓFANO)												
GAMMAGRAFÍA	190			20	5			7	222		5	
HEMODINÁMICA	262			33				27	322			
HOLTER	187			25				5	217			
HOLTER TENSION ARTERIAL	10			1					11			
LITOTRICA												
MAMOGRAFÍA	1.043			109	12			36	1.200		12	
OTRAS ECOGRAFÍAS	276			22				8	306			
POLIGRAFÍAS (*)												
POLOSOMNOGRAFÍA	72			3				1	76			
POTENCIALES EVOCADOS												
RADIOGRAFÍA CONVENCIONAL	29.476			2.758	284			2.209	34.727		284	
RADIOLOGÍA CON CONTRASTE												
RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA	605			81	14			12	712		14	
RM	2.072			325	45			96	2.538		45	
RX INTERVENCIONISTA DE MAMA												
TC	3.293			404	45			276	4.018		45	
TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES (PET)												
VIDEO-EGG												





	Actividad Realizada en el Hospital									Saldo L.E		
	Pob. Propia	Pob. Referencia	Pob. L. de Espera	Pob. No Identif.	L.E. entrada	Finan. CCAA	Otros Finan.	Resto	Total	L.E. salida	Balance Número	% Desv Act por LE*
<b>DISPENSACIÓN FÁRMACOS</b>												
<b>TOTAL</b>									0	8.320	-8.320	100
Anemia por insuficiencia renal en Tmto. con Eritropoyetina									0	120	-120	100
Anemia postquimioterapia en Tmto. con Eritropoyetina									0	26	-26	100
Esclerosis Múltiple									0	20	-20	100
Hepatitis C Crónica									0	59	-59	100
No Informado									0	2.882	-2.882	100
Resto de programas									0	5.213	-5.213	100
Tmto. HIV con Antirretrovirales												
Tmto. HIV con Antirretrovirales Infantil												



	Actividad Realizada en el Hospital									Saldo L.E		
	Pob. Propia	Pob. de Referencia	Pob. de Lista de Espera	Pob. No Identificada	L.E. entrada	Finan. CCAA	Otros Finan.	Resto	Total	L.E. salida	Balance Número	% Desv Act por LE(*)
<b>FARMACIA</b>												
<b>Total</b>									0	19.996.400	-19.996.400	100
Anemia por insuficiencia renal en Tmto. con Eritropoyetina									0	156.000	-156.000	100
Anemia postquimioterapia en Tmto. con Eritropoyetina									0	93.600	-93.600	100
Esclerosis Múltiple									0	207.000	-207.000	100
Hepatitis C Crónica									0	413.000	-413.000	100
No Informado									0	0	0	0
Resto de programas									0	19.126.800	-19.126.800	100
Tmto. HIV con Antirretrovirales												
Tmto. HIV con Antirretrovirales Infantil												